

A Enfermagem dá o tom no atendimento humanizado aos idosos institucionalizados?

Nursing sets the tone in humanized care for the institutionalized elderly?

Enfermería establece el tono en el cuidado humanizado para ancianos institucionalizados?

Bernadete de Oliveira
Maria Helena Villas Bôas Concone
Sandra Regina Pelisser Souza

RESUMO: O presente artigo nasceu no interesse de conhecer a reflexão de enfermeiras sobre a humanização nos cuidados que prestam aos idosos nas Instituições de Longa Permanência (ILPIs), considerando ser “a enfermagem que dá o tom no atendimento” ao idoso institucionalizado, pois tanto presta cuidados quanto supervisiona cuidadoras e outros profissionais que trabalham na instituição. A partir da análise de duas entrevistas concedidas por enfermeiras, percebeu-se que a compreensão da humanização é essencial para que os cuidados humanizados se integrem, a partir do protagonismo das necessidades dos idosos e estejam na essência do cuidado que o idoso deseja e merece receber, melhorando a qualidade de vida do usuário e da assistência nas ILPIs. Nesse sentido, é de suma importância que a Enfermagem, através de uma maior compreensão da humanização, que vai muito além da teoria, outorgue cuidados centralizados nos idosos e em suas singularidades.

Palavras-chave: Humanização; Instituição de Longa Permanência; Cuidado ao Idoso.

ABSTRACT: *The present article was elaborated in the main interest of knowing the reflection of nurses concerning the humanization in the provided care to the Senior Long Permanence Institutions considering it to be "Nursing that sets the tone in care humanized to the institutionalized elderly". The analysis of two interviews given by nurses showed that "humanization" essentially comprises the affective and effective practice of caring and that, for them, "humanizing" the institutional space means making it favorable to the well-being (health) of both who act there as those who live there; on the other hand, the walls of most institutions remain as barriers that isolate residents and make them unfit for everyday social life; it should be considered that the legislation does not guarantee, in the management of ILPIs, that the technical leader is qualified in the area of aging; many ILPIs have turned into poor quality Geriatric Clinics, with disqualified professionals offering palliative care in inappropriate places, preventing the elderly from receiving the "humanized" assumption. Therefore, it is essential to have clear inclusion criteria and definition of service on paper, with honest records of what is offered to the elderly. What can you expect from the service: maximum or minimum? Who will be a resident?, and even what level of care requirement is essential?*

Keywords: *Humanization; LTCI; Care; Welfare; Nursing; Elderly.*

RESUMEN: *En este artículo nació de interés conocer las enfermeras a reflexionar sobre el llamado "humanización" de la atención que ofrecen a las personas mayores en instituciones de larga estadía para las Personas de Edad (ILPIs), teniendo en cuenta que para ser "de Enfermería que marca la pauta en la asistencia humanizado población institucionalizada". El análisis de dos entrevistas para las enfermeras mostró que la "humanización" esencialmente comprende la afectiva y la práctica efectiva de la atención y que para ellos, "humanizar" el espacio institucional significa lo que es propicio para el bienestar (Salud) tanto de los que trabajar allí como los que residen allí; Por otro lado, las paredes de la mayoría de las instituciones se mantienen como barreras que aíslan los residentes y hacen poco adecuado para la vida social diaria; hay que considerar que la legislación no garantiza, la gestión de ILPIs, el director técnico está habilitada en el campo del envejecimiento; ILPIs muchos se convirtieron en clínicas geriátricas de mala calidad con profesionales no cualificados prestación de cuidados paliativos en lugares inapropiados, lo que dificulta que los ancianos reciban atención de hipótesis "humanizado". Por lo tanto, es esencial contar con criterios claros para la inclusión y la definición de servicio en el papel, con registros honesta de lo que se ofrece a las personas mayores. Lo que se puede esperar de la atención: máximo o mínimo? ¿Quién será residente?, Y en qué nivel de exigencia que tener sumo cuidado?*

Palabras clave: *Humanización; Establecimiento de larga estadía; Cuidado para los ancianos.*

Introdução

*“Em mim, é o outro que é idoso,
quer dizer aquele que eu sou para os outros
e esse outro sou eu.”*
(Simone de Beauvoir, 1970, p.14).

A “humanização” depende diretamente da capacidade de falar e ouvir das pessoas envolvidas no processo; se refere também ao atendimento das demandas biopsicossociais e espirituais dos indivíduos, tanto do profissional, quanto (neste caso) do próprio idoso. Portanto, para que haja harmonia nas relações, é imprescindível a existência do diálogo – de uma forma de comunicação que viabilize as relações e interações entre as pessoas. Esta perspectiva se apoia na diretriz da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), que desde 1948 define saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente ausência de doença ou enfermidade”. Com esta definição a OMS amplia o modelo estritamente biomédico de saúde para um modelo mais abrangente, partindo da possibilidade de se colocar no lugar de um outro que, por vezes vulnerável, encontrará na assistência suporte para enfrentar seus desafios.

Na tentativa de encontrar respostas à pergunta “A Enfermagem dá o tom no atendimento humanizado aos idosos institucionalizados?”, foi eleito como objetivo principal conhecer o que os enfermeiros entendem por humanização no cuidado. Nos objetivos específicos é investigado como os sujeitos percebem a questão do trabalho humanizado como prática essencial junto aos idosos, e os meios que encontram para promover um atendimento humanizado ao idoso institucionalizado.

Velhice, longevidade e envelhecimento

Na epígrafe deste estudo está a seguinte frase de Simone de Beauvoir: “Em mim, é o outro que é idoso, quer dizer aquele que eu sou para os outros e esse outro sou eu” (1970, p.14). A frase expressa o passar do tempo, com toda a negação e a dificuldade em abrir espaços para a proximidade da finitude; explicita que podemos, de repente, nos colocar frente ao “estranho” que nos tornamos diante de nós mesmos. Tal negação de possibilidade e aceitação de ser ou vir a ser velho parece se evidenciar quando refletida através do olhar do outro, mas (também) especialmente quando vemos o reflexo do nosso velho corpo em um espelho.

Em proporção mais representativa em relação ao total da população, os velhos são sobreviventes da própria velhice, por se manterem vivos por períodos mais longos, além dos 60 anos de idade. A fase da velhice abriga um excedente de mulheres e se transforma em período etário bastante diversificado e representativo, especialmente nos extremos, nos quais as faixas etárias se polarizam: de um lado os de 60 anos e, do outro, o segmento que registra o maior crescimento, os de 80 e 90 anos e os centenários. A heterogeneidade explícita e diferencia o modo e a condição de vida dos longevos, quando, ao mesmo tempo, homens e mulheres estão ativos (para desenvolver as tarefas do dia a dia e continuar no mercado de trabalho) e/ou perdem a autonomia em decorrência do devir e precisam ser cuidados (Oliveira *et al.*, 2015).

O tempo máximo de vida que supostamente o ser humano pode alcançar seria de 120 anos, e se denomina de longevidade humana, termo que deriva da junção de três palavras: longe, vida e idade. Ao longo dos séculos a longevidade de 120 anos, estabelecida para a espécie humana, não se alterou, permanecendo a mesma.¹ Por outro lado, a expectativa de vida ou esperança de vida ao nascer, por ser um dado estatístico e que refere o número médio de anos de uma população, vem aumentando ao longo do tempo.

Diante desse cenário, antes de tudo, a temática da velhice remete ao curso de vida, por isso, acontece o desafio de viver bem para que o resultado do prolongamento de um processo – de uma vida – seja significativo e desejável para o ser que envelhece. Viver até os 80 ou 90 anos tem um grande significado para nossa espécie; mas o que fazer com os próximos 10, 20, ou 30 anos de existência? Onde está a orientação sobre essa etapa da vida humana, que doravante terá o tempo mais longo de nossa existência?

Mesmo ocorrendo variações de uma cultura para outra, o vínculo familiar é o de maior demanda entre os mais longevos; além disso, a grande maioria das sociedades tem como base de construção da própria cultura, a valorização da interação entre as gerações. Com a finalidade de valorizar tal interação, a legislação brasileira traz dispositivos legais específicos através do Estatuto do Idoso (Brasil, 2003). Tais dispositivos promovem a viabilização de formas alternativas de participação e convívio dos idosos com as demais gerações – com vínculos de parentesco ou não!

¹ Longevidade. Instituto de Ecologia da Universidade de Lausanne, Suíça. Fonte: Folha. São Paulo, domingo, 14 de março de 1999. Recuperado em 01 julho, 2014, de: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/especial/fj14039902.htm>.

A PNI (Brasil, 1996) indica em suas diretrizes que o cuidado na velhice deve ser exercido pela família em detrimento do acolhimento asilar, o que é reforçado pelas representações culturais, nas quais o cuidado universal aos idosos deve ser prestado pela família. Esse cuidado familiar não se aplica, porém, a todos os idosos brasileiros. Embora tradicionalmente estas pessoas nutram a expectativa de serem cuidados por seus filhos, e estes, adultos, não tenham dúvidas sobre sua responsabilidade pelos pais, as consequências da urbanização geraram novos arranjos familiares e mudanças nesse paradigma (Caldas, 2002).

As famílias tradicionais, extensas, deram lugar paulatinamente a famílias nucleares, diminuindo a disponibilidade de parentes para assumirem o cuidar dos mais velhos – surgem, pois, novos padrões familiares. Diante da transformação da família tradicional (em todos os segmentos socioeconômicos), cuidar de parentes no seio familiar, em muitas situações é inviável. Tal situação gera para o Estado e sociedade o aumento de demandas por serviços e atendimentos voltados ao segmento idoso, de modo exclusivo ou associado aos cuidados familiares.

ILPI uma escolha de ambiente favorável

Nos países como o Brasil, com extrema desigualdade socioeconômica e diversidade cultural, o envelhecimento populacional (acelerado, desigual e quase sempre estigmatizado) assume em suas instituições contornos diferenciados: a maior parte (65,2%) das ILPIs existentes está registrada como filantrópicas; 28,2% como privadas; e apenas 6,6% como públicas. Ainda que menos de 1% da população idosa se utilize desse serviço, o que corresponde a 83 mil idosos, a maioria mulheres, a procura tende a aumentar (Camarano, 2010).

Nesse sentido, novas redes de cuidados providas pelo próprio Estado precisam ser planejadas e cumpridas, como, por exemplo, o Centro-Dia do Idoso e a Estratégia da Saúde da Família, exemplo de programas de apoio para que os idosos recebam na localidade onde vivem cuidados e proteção apropriada.²

² O Centro-Dia do Idoso (CDI), um equipamento social diurno que se distingue de outros porque tem subjacente um caráter reabilitador e não apenas de convívio social (Quaresma, 1996 citada por Hara, 2016) e a Estratégia da Saúde da Família (ESF), uma reordenação do modelo de atenção à saúde, que estabelece uma relação de vínculo entre a Unidade Básica de Saúde e a comunidade, “humanizando” a prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994 citado por Oliveira, 2014).

Mas, quando morar em ILPIs será a melhor opção para os idosos brasileiros? Será que apenas o Estado, fiscalizador, no exercício de seu poder fará com que os serviços prestados se adequem de fato à realidade de cada indivíduo residente – ouvindo, entendendo e atendendo suas demandas?

Das situações que levaram os familiares e/ou os idosos a optarem por estes serviços, nas instituições pesquisadas neste estudo, destacam-se as seguintes: (1) a necessidade de cuidados especializados em função de perdas da funcionalidade e do aumento do comprometimento cognitivo, periculosidade para si mesmos ou terceiros devido a um quadro demencial; (2) a declaração de familiares que precisam trabalhar e têm que fazê-lo em horário integral, e não podem deixar o mercado de trabalho para cuidar do seu idoso; (3) a identificação de conflitos antigos e não resolvidos, resultantes de abandono de lar, desarmonias resultantes de incompatibilidade de personalidade, valores e estilos de vida entre gerações diferentes; (4) o despreparo para cuidar ou a sobrecarga de responsabilidades de parentes; (5) o idoso que não tem parentes próximos, em geral solteiro; (6) a oferta de moradia e de contato social; (7) a vontade do próprio idoso em não permanecer na dependência de filhos ou outros membros da família.

Como apresentado na introdução, constata-se que os cuidados de longa duração se caracterizam de acordo com o grau de dependência do idoso, do auxílio que requer de outras pessoas para realizar até as tarefas mais básicas do cotidiano.³ Um contingente crescente e cada vez mais expressivo da população demanda esses cuidados por tempo prolongado, principalmente porque mora em ambientes que dificultam a execução das atividades de autocuidado e daquelas necessárias para a vida independente na comunidade.

Em virtude da dependência gerada por limitações funcionais e cognitivas, de diversos graus, o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida precisa ser adaptado para facilitar a participação na execução de atividades e/ou tarefas cotidianas (Buchalla, 2003). Portanto, a incapacidade ou as limitações físicas instalam-se ou são superadas, entre os idosos com diferentes graus de dependência, de acordo com a acessibilidade do ambiente onde residem.

³ Os cuidados prolongados ou de longa duração envolvem as dimensões material, instrumental e funcional. A dimensão material refere ações que envolvem dinheiro ou artigos de necessidade, tais como comida, roupas e utensílios domésticos. A dimensão instrumental diz respeito às atividades que envolvem preparar refeições, fazer compras, executar tarefas domésticas leves e pesadas e cuidar do próprio dinheiro. As limitações instrumentais implicam a necessidade apenas do apoio de terceiros para a manutenção de uma vida independente e autônoma. Por fim, a dimensão funcional representa a necessidade de auxílio para a realização das atividades mais básicas do cotidiano, por exemplo, tomar banho, vestir-se, comer, deitar, sentar, levantar, caminhar, sair de casa e ir ao banheiro. As limitações funcionais representam a perda concreta da independência e da autonomia dos idosos (Pasinato, & Kornis, 2009).

Por isso, por mais seguro que seja, a mudança de um ambiente (físico, social e de atitudes) pode representar para o idoso:

(...) a necessidade de se estabelecerem relações com seu novo ambiente, ajustar-se ao novo lar mais do que o lar a ele, bem como pode desencadear sensações de abandono, ansiedade e medo, pela possibilidade de passar os últimos dias da vida num lugar estranho, em meio a desconhecidos (Herédia *et al.*, 2004 citados por Freire Jr, & Tavares, 2006, p. 98).

O enfrentamento das barreiras que levam à incapacidade e ao isolamento do indivíduo requer ação coletiva para que o ambiente institucional seja favorável à sua saúde (à vida). A incapacidade funcional, definida pela OMS (2012) como dificuldade adquirida devido a uma deficiência física, se apresenta como uma das maiores causas de institucionalização de idosos, embora não seja um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas vezes determinadas pelo ambiente social. Note-se que a capacidade para realizar as atividades básicas, e pessoalmente desejadas na sociedade, tornou-se um conceito particularmente útil para avaliar as condições de saúde dos idosos, já que muitos desenvolvem doenças crônicas cuja gravidade se caracteriza (ainda!) conforme a acessibilidade ao suporte assistencial.

Para que a escolha de morar em uma instituição seja uma alternativa que abarque objetivamente as demandas do morador idoso, respeitando a sua subjetividade, é preciso atentar para a promoção da “humanização” institucional no sentido amplo do termo. O primeiro passo requer romper com a imagem histórica de segregação. Para tanto, os gestores precisam extinguir o modelo antigo e tornar esta escolha, de fato, uma saída, uma opção favorável à vida. Cabe às ILPIs permitirem uma oferta de cuidados que acolha (escute, entenda e atenda) o morador, incentivando suas escolhas e respeitando sua individualidade; aos profissionais cabe inovarem em formas de participação e acessibilidade, para que o ambiente físico, social e de atitudes da instituição favoreça a reabilitação definida como:

(...) o processo de ajudar uma pessoa a atingir seu melhor potencial físico, psicológico, social, vocacional e educacional, compatível com seu *deficit* fisiológico ou anatômico, ou com as limitações funcionais ou com seus desejos e planos de vida (DeLisa, & Gans, 2002 citados por Oliveira, 2014, p. 69).

Na atualidade é vital que a escolha de morar em ILPI signifique ir além de mudar de domicílio; signifique ter a vida organizada, em um ambiente que ofereça a rotina de uma residência favorável a que se tenha direito ao que se deseja; por ser, na maioria dos casos, o único espaço onde os moradores têm as demandas de cuidados especiais atendidas, é premente que os profissionais sejam habilitados.

Humanização como possibilidade no cuidado

No contexto léxico a “humanização”, significa “ato ou efeito de humanizar” e “humanizar” significa: “tornar humano, tornar benévolo, tornar afável, dar a condição de homem: humanizar-se, civilizar-se”.⁴ A “humanização” no âmbito da saúde deve ser analisada tendo em vista adequá-la como uma assistência que considere o indivíduo na sua totalidade; por isso, “A humanização dos cuidados em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas” (Pessini, & Bertachini, 2004, p. 3). Tendo em vista a importância de humanizar as relações no âmbito da saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2009) apoia-se no conceito de humanização, entendido como:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (Brasil, 2004, p.17).

O principal ajuste para a ampliação do foco no atendimento refere-se ao aprimoramento da capacidade do profissional, no compartilhando de vivências e experiências com o idoso, entendendo e compreendendo a si mesmo e ao outro.

⁴ Fonte: Dicionário Escolar da Língua Portuguesa (2002). Michaelis. Dicionários Melhoramentos, São Paulo (SP): Autor, p. 402.

Este aprimoramento requer o entendimento da atitude de cuidar. Para tanto, é preciso entender que cuidar significa (antes de tudo) favorecer, promover, fomentar, incentivar ações que visam à saúde. Reiterando-se que a OMS (1948) define “saúde” não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, bem como se ressaltando que a “definição” de saúde adotada pela OMS não é definição científica, pois discorda das exigências contemporâneas referentes à elaboração das definições (científicas ou não); trata-se de uma concepção ampla de saúde humana.⁵ Portanto, uma concepção que exige pessoas que unam competência e sensibilidade ao atendimento ofertado. Assim, a saúde se enriquece quando se estabelece uma relação de confiança baseada na ética da responsabilidade – o profissional (agente do cuidado) e o idoso (protagonista de suas demandas) usufruem de um encontro “humanizado”.

Procedimentos metodológicos

Para responder a nossa questão-chave, realizamos os procedimentos que seguem a abordagem qualitativa, uma vez que, para atingir os objetivos do estudo, utilizamos as informações diretamente obtidas no diálogo com o sujeito – que refletiu e explicitou a própria realidade que vivencia. A pesquisa qualitativa preocupa-se com o significado particular, com o vivido de cada sujeito. Nesse processo de interação, obteve-se acesso a questões subjetivas pertinentes a experiência profissional individual, pois “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado” (Minayo, 2009, p. 21).

Como sujeitos deste estudo foram convidadas duas enfermeiras, gerentes de enfermagem.⁶ Os critérios de inclusão foram: atuar em duas instituições distintas, de âmbito privado, que funcionem consoante a RDC 283/2005 da ANVISA. Foi preservada a identidade das entrevistadas, ao substituir seus nomes pelas denominações: Enf.1 e Enf.2.

⁵ A definição consta no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York (19/22 de junho de 1946) e assinada em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados, com vigor a partir de abril de 1948, não emendada desde então, o que se pode encontrar no sítio <http://www.who.int/home-page/index.es.shtm>.

⁶ Quanto ao número de sujeitos, duas enfermeiras, justifica-se por se tratar de duas profissionais que exercem suas atividades em nível de gerência, com impacto no trabalho de outras enfermeiras e demais funcionários das instituições pesquisadas. Além disso, tais profissionais trabalham em ILPIs com características distintas, uma que abrange assistência ao idoso com comprometimento na autonomia e na independência (Enf.1.) e outra cujos residentes são idosos com autonomia preservada (Enf.2.) – ou seja, contemplam a singularidade e diversidade de cuidados demandados em ILPIs.

As participantes aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constam informações sobre o objetivo do estudo, a participação voluntária e da garantia do anonimato e, também, foram orientadas que os dados por elas informados seriam utilizados para fins científicos, conforme regem os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

Um roteiro de entrevista semiestruturado foi feito combinando perguntas fechadas e abertas, previamente montado de acordo com a problemática central do tema, quando os entrevistados discutiram sobre o tema em questão. As entrevistas foram realizadas em local de escolha das participantes, durante os intervalos de trabalho. Utilizou-se como instrumento para registro de dados um gravador digital.⁷

Após as entrevistas procedeu-se a transcrição e realizou-se inicialmente a leitura e releitura do conteúdo obtido na entrevista para análise das mesmas. A Análise de Conteúdo (Bardin, 2009) foi utilizada para a melhor compreensão dos dados coletados. Deste procedimento metodológico foi eleita a modalidade Análise Temática, por ser definida como a descoberta dos núcleos de sentidos que constituem uma comunicação, acerca da frequência ou da presença de algum significado para o objeto que está sendo analisado (Minayo, 2010).

Tal modalidade comporta três etapas: na primeira, a pré-análise, as falas foram analisadas e relacionadas com o objetivo da pesquisa, quando o tema central foi emergindo. Na segunda etapa, exploração do material, as falas foram reduzidas às palavras e expressões significativas, sendo agrupadas em categorias, de acordo com os conteúdos apresentados. Na terceira e última etapa, tratamento dos dados obtidos e interpretação, os resultados foram analisados articulando-se, com a finalidade de relacioná-los com o referencial teórico de humanização que fundamentou a pesquisa (Brasil, 2009; 2004).

Resultados e discussão

Dentro do tema central – humanização - as falas das entrevistadas foram agrupadas em três categorias, de acordo com os conteúdos apresentados: Perfil do profissional que presta o cuidado; Como prestar um cuidado humanizado; Comunicação como fator de humanização.

⁷ As entrevistas com as Enf.1 e Enf.2 duraram, respectivamente, uma hora e quinze minutos e cinquenta e cinco minutos.

Perfil do profissional que presta o cuidado

A Enf.1 trabalha com idosos em sua maioria dependentes para as ABVDs e AIVDs e que só podem deixar a instituição em companhia de um responsável. Na instituição atua uma equipe composta por nutricionista, enfermeiras, atendentes de enfermagem, cuidadoras de idosos, fisioterapeuta, gerontóloga e geriatra. A Enf.2 trabalha com idosos que têm a autonomia preservada, podem sair da instituição para realizar passeios e outros compromissos, sem a necessidade de acompanhante, se assim o desejarem. A equipe de trabalho dessa instituição é constituída por: médico, gerontóloga, enfermeiros, atendentes de enfermagem, farmacêuticos, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogas, fisioterapeuta, terapeuta educacional, educador físico e cuidadoras de idosos.

Quanto ao perfil sociodemográfico das participantes do estudo: a Enf.1 tem 44 anos de idade, viúva, não tem filhos, graduou-se em Enfermagem há três (3) anos, e desde sua formação exerce, na instituição, o cargo de Gerente de Enfermagem; a Enf.2 tem 35 anos, casada, não tem filhos, graduou-se em Enfermagem há quatro (4) anos e concluiu a especialização em Gestão de Enfermagem há dois; trabalha na instituição há um ano e nove meses, mesmo tempo em que exerce o cargo de Gerente de Enfermagem. Ambas as entrevistadas recebem mensalmente salários entre R\$ 2.172,00 e R\$ 3.620,00.⁸

Ao compreender o significado da vida no processo de cuidar, o profissional há de ultrapassar as atribuições técnicas, para desenvolver a capacidade de acolher o ser humano, sua história de vida, seus sentimentos e seu sentir. As duas enfermeiras, sujeitos deste estudo, expressam nas entrevistas requisitos que elencam como fundamentais para exercerem a prática profissional junto ao idoso que mora em ILPI. Também mencionam a existência de um perfil próprio (que vai além do aspecto técnico) para atender as exigências do trabalho com o idoso. Tal perfil remete ao significado e nos motivos reais da escolha da profissão, que se pretende reflexiva (quanto às experiências vivenciadas) para proporcionar tanto para o profissional como para o idoso algo que seja valioso, transformador, que crescerá na convivência, por meio da troca mútua de cuidados e afetos.

Quando se pensa na formação do profissional para a prática em instituições, busca-se de fato inseri-lo em uma organização que, por sua vez, é formada por normas gerais que com o passar dos anos adquire o *status* de normas universais ou leis (Lapassade, 1977 citado por Spink, 2007).

⁸ Valor do Salário Mínimo: R\$ 724,00 a partir de 01/01/14. Fonte: Decreto n.º 8.166, de 23 de dezembro de 2013. Ministério do Trabalho e Emprego. Recuperado em 01 agosto, 2014, de: http://portal.mte.gov.br/sal_min/.

O fenômeno da institucionalização parece se constituir, também, na compreensão do profissional do cenário institucional, especificamente na forma como desenvolve sua prática voltada à assistência. Ou seja, urge que a atuação dos profissionais envolva um desempenho transformador dentro de uma ILPI, e o fator condicionante para a ampliação de sua visão e prática é a humanização, tornando o ambiente institucional favorável à moradia ao idoso.

Como prestar um cuidado humanizado

O cuidado pode ser identificado e assinalado de duas formas: (1) o cuidado genérico, que envolve práticas e valores encontrados em todas as culturas e compreende formas naturais, folclóricas ou caseiras de amparar e proteger; (2) o cuidado profissional, que compreende os diferentes modos pelos quais as pessoas são expostas à ação dos profissionais que cuidam de sua saúde (Waldow, 1996).

O ato/processo de “humanização” do cuidar implica em estabelecer comunhão, uma razão cordial, um espírito de delicadeza, um sentimento profundo (Boff, 1999), ou ainda, em “reconhecermos e reexperimentarmos o valor que damos à vida de cada pessoa, e a motivação para ajudá-las a adquirir o melhor nível de bem-estar, transformamos essas tarefas em ações profundamente significativas, um meio voltado a esse fim” (Remen, 1992, p. 192). Tal entendimento fica explícito na frase:

“— É realmente se colocar no lugar do outro. Pensar: quando eu estiver idosa, como eu quero ser cuidada? Como eu gostaria que prestassem uma assistência pra mim?” (Enf. 2).

O oferecer cuidados ao idoso significa compreendê-lo no seu próprio contexto de vida e privilegiar a empatia nos encontros dentro do espaço onde ele reside – neste caso, no ambiente institucional. Nesse sentido, o cuidado se refere a um modo de ser, mediante o qual uma pessoa, por assim dizer, sai de si e se centra no outro com desvelo e diligência, expressando solicitude, dedicação, atenção e bom-trato: mais que a razão é o sentimento ocupando a centralidade no encontro. Em outras palavras: “O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem valor para mim. Dedico-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de suas vitórias, enfim, de sua vida” (Boff, 1999, p. 42).

Por isso, avulta a importância de refletir sobre a relação de o cuidado ser beneficiado pelo uso de habilidades comunicativas e de uma escuta atenta, visando a ampliar as possibilidades de assertividade no cuidar e no proteger, para a melhoria do bem-estar do ser que é cuidado. Assim, a abertura e a receptividade (aspectos constatados no próximo fragmento de fala de um dos entrevistados) propiciam ao idoso se apropriar da integridade de sua condição de vida, tornando os dois aspectos instrumentos indispensáveis para o profissional do cuidado acessar e mobilizar forças e sentidos, provavelmente antes desconhecidos.

Comunicação como fator de humanização

O processo de “humanização” implica em progresso do homem, e tal como o afirma Kovács (1992, citada por Pimenta, Mota, & Lopes, 2006, p. 86): “o que nos caracteriza como humanos é a capacidade de dizer sobre nós e a capacidade de ouvir a nós mesmos e ouvir aos outros”, pois possibilita nos aperfeiçoarmos a nós mesmos, sermos cada vez mais capazes de estabelecer interações no meio no qual vivemos.

Percebe-se que existe uma relação entre o diálogo e a atenção. A atenção acompanha o diálogo, para que juntos promovam uma transformação no âmbito do atendimento em saúde, permitindo aos participantes novas perspectivas, e um entendimento melhor da situação vivenciada, pautada pela relação ética, possível pela atenção, escuta e o consequente diálogo (Esquirol, 2008).

“—É sentir que esse idoso já viveu muita coisa, muita riqueza, que ele não está sendo desprezado de jeito nenhum; pelo contrário, ele está aqui para ser cuidado. A gente quer cuidar dele. Mas, temos que respeitar o tempo dele, os momentos. Não é simplesmente pegar e prestar um cuidado, mas é respeitar quando ele quer o cuidado, a forma que ele quer o cuidado... É realmente se colocar no lugar do outro.” (Enf. 2).

Tal entendimento corrobora o encontrado na literatura, pois apesar do desafio, é possível integrar trabalho e cuidado (Boff, 2005). Ou seja, ao mesmo tempo em que as demandas das doenças são tratadas cuida-se também, ou seja, fomenta-se a essência que é a saúde do idoso. Este ato possibilita a expressão da integridade da experiência humana vivida por um mesmo indivíduo (como modos de ser), ao unir a objetividade e subjetividade – cria-se algo complementar que transforma o modo de ser da única e mesma pessoa.

Chama a atenção o grau de exigência ou a auto-exigência que recai sobre os profissionais de enfermagem. Não obstante as determinações legais no que se refere à “humanização”, o seu exercício ou a incorporação da nova prática parece depender das qualidades do profissional e do próprio dia a dia.

Considerações finais

No dia a dia (na prática) observa-se que, quando um idoso apresenta sinais e sintomas de uma gripe, por exemplo, tudo se “mistura”, pois o idoso com gripe pode passar para o grau três de dependência, sendo que ele seria grau dois antes da gripe. Diante desse quadro, as tipificações (I, II, e III) tornam-se base de divergências. A maioria das ILPIs na tentativa (no processo) de adequação comete erros. Tentar se ajustar é importante, mas sem fugir da lei que define este ponto: média complexidade precisa de proteção especial.

A assistência nas instituições não é híbrida, é explicitamente social, ou seja, é um serviço que deve ser de interesse à saúde. Portanto, é crucial reconhecer que a instituição não pode funcionar com base na lógica hospitalar: uma ILPI não é serviço de porta aberta como um hospital. Por conta dessa interpretação equivocada, muitas ILPIs se transformaram em Clínicas Geriátricas de péssima qualidade, com profissionais não qualificados, oferecendo cuidados paliativos em locais inapropriados, obstando ao idoso a possibilidade do atendimento “humanizado” pressuposto.

Referências

- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Pt: Edições 70.
- Beauvoir, S. (1970). *A Velhice*. (T II.) Rio de Janeiro, RJ: Pioneira.
- Boff, L. (2005). O cuidado essencial: princípio de um novo. Ethos-artigo. Brasília, DF: *Inclusão Social*. 1(1). Recuperado em 01 março, 2014, de: <http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/6/11>.
- _____. (1999). *Saber cuidar: Ética do humano, compaixão pela Terra*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Brasil. (2012). *Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF.
- _____. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Gestão participativa e cogestão. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF.

_____. (2004). *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF.

_____. (2003). *Estatuto do Idoso*. Lei n.º 10.741 de 1º de outubro de 2003.

_____. (1996). *Política Nacional do Idoso (PNI)*. Lei n.º 8.842 de 1994, regulamentada pelo Decreto n.º 1.948/1996, Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Buchalla, C. M. (Org.). (2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo.

Caldas, C. P. (2002). O Idoso em Processo de Demência: o impacto na família. Cap.3. In: Minayo, M. C. S., & Coimbra, J. R. C. E. A. (Orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. (2ª reimpressão). Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ.

Camarano, A. A. (Org.). (2010). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro, RJ: IPEA.

Esquirol, M. E. (2008). *O respeito ou o olhar atento: uma ética para a era da ciência e da tecnologia*. Rio de Janeiro, RJ: Autêntica.

Freire Jr., R. C., & Tavares, M. de F. L. (2006). A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 9(1), 83-92. Recuperado em: 01 março, 2014, de: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000100007&lng=pt&nrmiso.

Hara, C. H. (2016). *Centro-Dia para pessoas idosas: implantação versus ordenamento legal*. Dissertação de mestrado em Gerontologia. São Paulo, SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Minayo, M. C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (12ª ed.). São Paulo, SP: Hucitec-Abrasco.

_____. (Org.). (2009). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. (28ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Oliveira, B., Concone, M. H. V. B., Lodovici, F. M. M., Lopes, R. G. da C., & Côrte, B. (2015). Quem cuidará de nós em 2030? Prospecção e consenso na Região Metropolitana de São Paulo. *Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento* (no prelo).

Oliveira, B. de. (2014). *Quem cuidará de nós em 2030?* Tese de doutorado em Ciências Sociais. São Paulo, SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

OMS. (2012). Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial sobre a deficiência*. World Health Organization. The World Bank. Léxicos Serviços Linguísticos, Trad. São Paulo, SP: SEDPcD. Recuperado em 01 março, 2014, de: http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf.

Pasinato, M. T. de M., & Kornis, G. E. M. (2009). *Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social*. Texto para discussão n.º 1371. Série seguridade social. Produzido no programa de trabalho de 2008. Rio de Janeiro, RJ: IPEA. Recuperado em: 01 março, 2014, de: <https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/91355/1/597622191.pdf>.

Pessini, L., & Bertachini, L. (Orgs.). (2004). *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo, SP: Edições Loyola.

Pimenta, C. A. de M., Mota, D. D. C. de F., & Lopes, D. de A. M. (2006). *Dor e Cuidados Paliativos: enfermagem, medicina e psicologia*. Barueri, SP: Manole.

Remen, R. A. O. (1992). *Paciente como ser humano*. Bolanho, D., Trad. São Paulo, SP: Summus Editorial.

Spink, M. J. P. (2007). *Psicologia social e saúde-práticas, saberes e sentidos*. (4^a ed.). (Cap.7). Petrópolis, RJ: Vozes.

Waldow, V. R. (1996). Cuidar/cuidado: O domínio unificador da enfermagem. In: Waldow, V. R., Lopes, M. J. M., & Meyer, D. E. (Orgs.). *Maneiras de Cuidar, maneiras de ensinar: A enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Recebido em 12/11/2015

Aceito em 20/02/2016

Bernadete de Oliveira – Graduada em Fisioterapia, Mestre em Gerontologia e Doutora em Ciências Sociais: Antropologia, PUC-SP. Professora-convidada em cursos na COGEAE/PUC-SP, no OLHE-Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento e na UNIP EAD, Alphaville, Barueri.

E-mail: bbell_o@yahoo.com.br

Maria Helena Villas Bôas Concone - Graduada em Ciências Sociais. Mestrado e Doutorado em Antropologia. Professora-Titular do Departamento de Antropologia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Docente e Pesquisadora dos Programas de Pós-Graduação em Ciências Sociais (Faculdade de Ciências Sociais) e em Gerontologia (Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde), da PUC-SP.

E-mail: mhconcone@yahoo.com.br

Sandra Regina Pelisser Souza – Advogada e psicóloga, atuando na área institucional de ILPIs. Especialista em Gerontologia/PUC-SP.

E-mail: sandra4929@terra.com.br